

Erklärung über den Gesundheitszustand zur Teilnahme an Radrennen

Daten zum Rennen:

Veranstaltung:

Datum:

Ort & Bundesland:

Daten zur Person:

Name:

Vorname:

Funktion:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Einhaltung der länderspezifischen Corona-Schutzmaßnahmen des jeweiligen Bundeslandes in dem das Radrennen stattfindet,

- in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu Personen mit einer Corona-Infektion hatte
- nicht durch das Corona-Virus erkrankt bin (COVID-19)
- keine für eine Corona-Virus-Erkrankung typischen Symptome aufweise (typische Symptome sind zum Beispiel: Beeinträchtigungen des Geruchs-und/oder Geschmackssinns, Fieber, Husten, Halsschmerzen)
- in den letzten 14 Tagen nicht in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten habe.

Ich beteilige mich auf eigene Gefahr am Radrennen. Ich verzichte auf Ansprüche jeder Art für Schäden, die im Zusammenhang mit der Veranstaltung entstehen, und zwar gegen den Veranstalter/Ausrichter.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben des BDR Fragebogens. Falls eine Frage im BDR Fragebogen mit **ja** beantwortet wird, muss Kontakt zum Ausrichter/Rennarzt aufgenommen werden.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage des Art. 6, Abs. 1 DSGVO. Die Listen werden nach Auflage des jeweiligen Bundeslandes aufbewahrt und dann gelöscht (mindestens jedoch 14 Tage).

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigten)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Sponsoren



ŠKODA



Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse (Heimat)	
Adresse (aktueller Trainingsort)	
Telefon (mobil)	
Mail	
Sportart	
Kaderstatus	

2. Kontaktisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem vom RKI (Robert Koch Institut) ausgewiesenem Risikogebiet? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: _____		

3. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall)		

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, muss einer der zuständigen Ausrichter/Rennarzt kontaktiert werden!